

ПУРПУРА ШЕНЛЕЙН–ГЕНОХА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВИТЕБСКОГО РЕГИОНА**О.Н. Мацук, Е.Г. Асирян, О.В. Матющенко, Н.Ф. Нищаева, В.Н. Ольховикова, Е.В. Барановская**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

УЗ «Витебский детский областной клинический центр»

SCHOENLEIN-HENOCH PURPURA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF VITEBSK REGION**O.N. Matsuk, E.G. Asiryan, O.V. Matyushchenko, N.F. Nishchaeva, V.N. Olkhovikova, E.V. Baranovskaya**

Educational Institution "Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University"

Health Care Institution "Vitebsk Children's Regional Clinical Center"

Реферат

Геморрагический васкулит (ГВ) – одно из самых распространенных и хорошо известных геморрагических заболеваний, относящихся к группе иммунокомплексных васопатий инфекционно-аллергической природы. Синонимы: геморрагический васкулит, анафилактоидная пурпура, аллергическая пурпура, геморрагическая пурпура Шенлейн - Геноха, капилляротоксикоз.

Заболеваемость детей ГВ увеличивается во всех возрастных группах, что может быть связано с экологическим неблагополучием, аллергизирующим действием лекарственных препаратов и пищевых продуктов, наличием хронической инфекции. В данной статье проведен анализ анамнеза, жалоб, этиологии и эпидемиологии ГВ у детей и подростков Витебского региона. Проведен анализ и статистическая обработка данных, по результатам которых даны практические рекомендации по диагностике и лечению детей с ГВ.

Ключевые слова: геморрагический васкулит, дети, эпидемиология.

Abstract

Hemorrhagic vasculitis (HV) is one of the most common and well-known hemorrhagic diseases that belong to the group of immunocomplex vasopathies of the infectious-allergic nature. Synonyms: hemorrhagic vasculitis, anaphylactoid purpura, allergic purpura, Schoenlein-Henoch hemorrhagic purpura, capillarotoxicosis.

The incidence of children with HV increases in all age groups which may be associated with the environmental problems, the allergic effect of drugs and food products, and the presence of chronic infection. This article investigated the history, complaints, etiology and epidemiology of HV in children and adolescents in the Vitebsk region. The analysis and statistical processing of the data was carried out, the results of which give practical recommendations for the diagnosis and treatment of children with HV.

Key words: hemorrhagic vasculitis, children, epidemiology.

Пурпура Шенлейна–Геноха (ПШГ, геморрагический васкулит) – множественный микротромбоваскулит, поражающий сосуды кожи и внутренних органов.

Следует отметить, что в последние годы возросла заболеваемость детей геморрагическим васкулитом (ГВ) в нашем регионе. Поэтому изучение данного заболевания у детей особенно актуально на современном этапе.

ЭТИОЛОГИЯ

ПШГ могут спровоцировать: вирусная и бактериальная (стрептококки) инфекция, прививки, лекарственная аллергия (особенно полипрагмазия), продукты питания, паразитарная инвазия, холод [1, 2, 3].

ПАТОГЕНЕЗ

ПШГ принадлежит к иммунокомплексным заболеваниям, при которых развивается тромбоваскулит, протекающий с отложением в стенке мелких сосудов (капилляров, венул, артериол) Ig A-иммунных депозитов с последующим поражением кожи, почек, кишечника и развитием суставного синдрома. При ПШГ сосуды под-

вергаются «асептическому воспалению» с деструкцией стенок, тромбированием и образованием иммунных комплексов и активированием компонентов системы комплемента [3].

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Наблюдается клеточная инфильтрация нейтрофилами мелких сосудов, по мере прогрессирования процесса – их фибриноидный некроз, гибель и распад лейкоцитов (лейкоцитоклазия) и, наконец, разрушение сосудистых стенок [3].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Различают кожный, суставной (кожно-суставной), абдоминальный, почечный и молниеносный варианты ПШГ. Кожный (простой) вариант характеризуется кожными геморрагиями с симметричным высыпанием на конечностях, ягодицах, туловище. Возникает папулезно-геморрагическая сыпь (пальпируемая пурпура), иногда с уртикарными элементами. Как правило, внезапно на стопах и голених появляются сотни мелких,

едва выступающих над поверхностью кожи пятнышек пурпурного цвета. Выявляется также поражение кожи кистей, предплечий и других частей туловища. Данную сыпь можно ощутить при пальпации, а в центре элемента сыпи виден точечный некроз. Эти два признака позволяют отличить пурпуру при ПШГ от таковой иной этиологии. Некоторые пятна иногда трансформируются в узелки и пузыри. При надавливании элементы сыпи не исчезают. Суставной вариант возникает вместе с кожным или спустя несколько дней после него в виде болей в крупных суставах. Вскоре боль проходит, но при новой волне высыпаний может появиться опять. Для абдоминального варианта характерны геморрагические высыпания в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, брыжейке, брюшине, что приводит в ряде случаев к изъязвлению и перфорации с развитием перитонита. У больных возникают интенсивные, коликообразные боли в животе, рвота и понос с кровью, напоминая язвенный колит, дизентерию. Абдоминальный синдром обычно проходит через 2–3 дня. Нередко наблюдается сочетание абдоминальной формы с поражением почек, микро- или макрогематурией, протеинурией. Крайняя тяжесть молниеносной формы обусловлена генерализованным характером высыпаний, что нередко приводит к летальному исходу от кровоизлияния в головной мозг и его оболочки [1, 2, 3, 4, 5].

Многообразие клинических проявлений (кожные высыпания, суставной синдром, боли в животе и др.) в дебюте заболевания приводит к тому что первично больной нередко обращается к специалистам разного профиля (дерматолог, хирург, нефролог, участковый педиатр, невролог и т. д.). Поэтому диагностика ГВ не всегда бывает своевременной [2].

Целью работы было изучение эпидемиологии, этиологии и клинических проявлений геморрагического васкулита у детей и подростков г. Витебска и Витебской области по данным ВОДКЦ, а также особенности диагностики и лечения ГВ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 20 медицинских карт стационарных пациентов (форма №003/у) и клиническое наблюдение в динамике детей с ГВ кардиоревматологического отделения учреждения здравоохранения «Витебский областной детский клинический центр» (ВОКДЦ) за 2018 год. При исследовании учитывались жалобы, данные анамнеза, объективного статуса, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Данные обработаны статистически в «Excel».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашем исследовании средний возраст пациентов составил $8,4 \pm 4,6$ года (девочек - 40%, мальчиков - 60%). В городе проживают 85% детей, в сельской местности – 15%.

При изучении анамнеза беременности и родов в 20% случаях дети рождались при помощи операции кесарево сечение. Большинство детей с рождения до

года жизни находились на грудном вскармливании – 70% детей, 30% – на искусственном вскармливании.

Жалобы пациентов при поступлении на геморрагические высыпания в виде пальпируемой пурпуры на тыле стоп, голених, бедрах, ягодицах, разгибательных поверхностях рук, артралгии голеностопных и коленных суставов (55%), боли в животе (20%), ухудшение общего состояния с субфебрильной температурой – 45% детей.

В группе исследования были диагностированы следующие клинические формы ГВ: кожно-суставная форма - 55% пациентов, смешанная - 25%, кожная - 10%, кожно-абдоминальная - 10% детей.

Первичное обращение за помощью к участковому педиатру - 50% детей, поступление в клинический центр посредством СМП - 15%; обращение к другому специалисту: хирургу - 20%, дерматологу - 15%.

Анамнез перенесенных и сопутствующих заболеваний в группе наблюдения показал, что атопический дерматит встречался в 10% случаев, пищевая аллергия - 10%, пневмония - 10%, тонзиллит - 40%, аденоидэктомия у 5% детей, гайморит у 5% детей, гастрит в 10% случаев.

Заболеванию ГВ предшествовало ОРВИ в 85% случаев нашего исследования. ОРВИ протекало с осложнениями: отитом - 5% пациентов, лимфаденитом - 10%.

Отягощенный алергоанамнез в семье был отмечен в 10% случаев (бронхиальная астма), и в 5% случаев анамнез был отягощен гастроэнтерологической патологией - болезнью Крона.

По данным лабораторных анализов в общем анализе крови средний уровень лейкоцитов составил $13,2 \pm 6,4^{*10^9}/л$. Средний уровень гемоглобина у мальчиков составил $115,8 \pm 7,4$ г/л, у девочек $121 \pm 5,2$ г/л. Средний уровень СОЭ $18,1 \pm 8,3$ мм/час, увеличение СОЭ наблюдалось в 35% случаев. Средний уровень КФК составил $276 \pm 112,5$ ед/л, ЦИК $54 \pm 4,2$ ед., повышение ЦИК отмечено в 35% случаев, повышение антистрептолизина - О в 10% случаев, фибриногена в 25%, появление эритроцитов в ОАМ в 20% случаев.

В мазке из зева и носа были высеяны: в 20% β – гемолитический стрептококк группы А, чувствителен к амоксицилину, азитромицину, цефуроксиму; в 15% стрептококк *Viridans*, чувствителен к амписульбину, цефазолину, азитромицину, в 15% - патогенные микроорганизмы не обнаружены, в 20% случаев - нет данных.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости в 15% была обнаружена гепатоспленомегалия, в 5% случаев свободная жидкость в брюшной полости.

Из осложнений ГВ выявлены ЖК кровотечение в 10% случаев, острая мошонка с кровоизлиянием – в 5% случаев. Все осложнения были выявлены только у мальчиков.

Лечение детей проводилось с использованием антибиотиков из группы β – лактамных антибиотиков (защищенных аминопенициллинов - Амоксиклав, Амписульбин; цефалоспоринов 3 поколения Цефтриаксон, Цефотаксим; макролидов - Кларитромицин, Азитромицин; дезагрегантной тера-

пии (пентоксифиллин, дипиридамо́л, курантил); НПВС (диклофенак, ибупрофен) были назначены в 35% случаев; ГКС (преднизолон, метпредзон) в 15%; блокаторы H1-гистаминовых рецепторов (лоратадин - 2 поколение, клоропирамин- 1 поколение); хирургическое лечение у 15% пациентов (оперативное лечение по поводу острой мошонки).

Рецидивирующее течение ГВ в группе наблюдения отмечалось в 15% случаев на фоне ОРИ и нарушения гипоаллергенной диеты.

По результатам нашего исследования детей с геморрагическим васкулитом можно сделать следующие выводы:

1. В группе нашего исследования установлено, что ГВ в Витебском регионе чаще встречается у мальчиков – 60%.

2. Только у мальчиков заболевание протекало с осложнениями (в 15% случаев).

3. Рецидивирующее течение ГВ было отмечено в 15% случаев тоже только у мальчиков.

4. Большинство детей в группе исследования проживали в городе - 80%. Данный результат может косвенно указывать на большое значение на современном этапе аллергизирующего потенциала загрязненной окружающей среды.

5. Накануне манифестации ГВ в 85% случаев дети болели ОРИ, которая в 20% случаев протекала с осложнениями.

6. Из клинических форм наиболее часто встречалась кожно-суставная форма (в 55% случаев).

7. По результатам исследования мазков из носа и из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам наиболее часто высевались β -гемолизный стрептококк группы А и стрептококк группы Viridans. Антибактериальные средства, к которым были чувствительны данные микроорганизмы, – это защищенные пенициллины (амоксиклав, амписульбин) и макролиды (кларитромицин и азитромицин). Эти группы антибиотиков использовались в лечении детей с ГВ в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: Спец. Лит. 2003. – 893 с.
2. Геморрагический васкулит у детей: учебно-методическое пособие / В.А. Кувшинников, С.Г. Шенец. – Минск, БГМУ – 2014.
3. Системные васкулиты: учеб.-метод. пособие / В.П. Царев [и др.]. Минск, БГМУ, 2010. – 20 с.
4. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 288 с.
5. Шулу́тко, Б.И. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б. И. Шулу́тко, С. В. Макаренко. СПб. : Элбиз-СПб, 2005. 800 с.